

Plan Individualizado de Servicio Familiar (IFSP)

Fecha del Referido:	Fecha de Junta de IFSP:	Tipo de Junta del IFSP: <input type="checkbox"/> Interina <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Evaluación Anual
---------------------	-------------------------	--

Información del niño y de la familia

Nombre del Niño (Primero/Segundo/Apellido):		
Fecha de Nacimiento:	Numero de ID:	Numero MA:
Dirección:		Teléfono de Casa:
Nombre del Padre/Guardián/Tutor:		
Dirección:		Teléfono de Casa:
Dirección:		Teléfono del Trabajo:
E-mail:		Numero del Celular:
Mejor hora para Contactarle:	Mejor Método para Contactarle: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa: <input type="checkbox"/> Teléfono del Trabajo: <input type="checkbox"/> Numero del Celular: <input type="checkbox"/> E-mail	

Firmas de Participantes del Equipo

Cada agencia o persona que juegue un papel directo de proveer servicios de intervención temprana es responsable por ayudar al niño elegible y a su familia para que logren los objetivos en este IFSP.

_____ <i>Coordinador de Servicios</i>	_____ <i>Fecha</i>	_____ <i>Evaluador/Asesor (o participación por cualquier otro medio, como sea apropiado)</i>	_____ <i>Fecha</i>
_____ <i>Interino/Coordinador Provisional de Servicios</i>	_____ <i>Fecha</i>	_____ <i>Otros Participantes</i>	_____ <i>Agencia/Titulo</i>
_____ <i>Representante de Agencia Principal</i>	_____ <i>Fecha</i>	_____ <i>Otros Participantes</i>	_____ <i>Agencia/Titulo</i>
_____ <i>Padre(s)/Guardián/Tutor</i>	_____ <i>Fecha</i>	_____ <i>Otros Participantes</i>	_____ <i>Agencia/Titulo</i>

Información del Coordinador de Servicios

Si usted tiene alguna pregunta sobre este IFSP o cualquier individuo que trabaje con su hijo(a) y la familia, póngase en contacto con su coordinador de servicios.

Nombre del Coordinador de Servicios:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono del Trabajo:	E-mail:

Fechas Previstas para Juntas del IFSP

Fecha Prevista para Revisión de seis meses del IFSP:
Fecha Prevista para Revisión Anual del IFSP:
Rango de Fecha Prevista para la Junta de Planificación de Transición:

Nombre del Niño:	Numero de ID:	Fecha de Junta del IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

PARTE I – INFORMACION SOBRE EL DESARROLLO DE MI HIJO(A)

Sección A – Información de la Salud

<h2>Salud General</h2>

¿Cuál fue la edad de gestación del niño al nacer? _____ Semanas _____ Días

¿Cuál fue el peso del niño al nacer? _____ Libras _____ Onzas ○ _____ Gramos

¿Quién es su doctor primario u otro profesional de salud?	Teléfono:
---	-----------

INMUNIZACIONES

¿Tiene usted copia de los records de vacunas de su hijo(a)? Si No
Si respondió NO, por favor indique las estrategias a usar para obtener una copia de los records de vacunas de su hijo(a).

¿Contiene el record de vacunas las inmunizaciones requeridas para la edad cronológica de su hijo(a)? Si No
Si respondió NO, ¿qué estrategias serán implementadas para que su hijo(a) reciba las inmunizaciones necesarias?

Indique cuales vacunas ha recibido (*las inmunizaciones en **NEGRITA** son requisitos para la escuela publica*):
 DTaP/DT Polio Hib HepB PCV7 Rotavirus MCV4 Hep A MMR Varicella

Indique cuales inmunizaciones necesita (*las inmunizaciones en **NEGRITA** son requisitos para la escuela publica*):
 DTaP/DT Polio Hib HepB PCV7 Rotavirus MCV4 Hep A MMR Varicella

ESTUDIO DE PLOMO/PRUEBA

¿Se le ha hecho la prueba a su hijo(a) para medirle los niveles de plomo? Si No
 Si respondió **SI**, ¿Cuál fue el nivel? _____
 ¿Hay preocupaciones sobre los niveles de plomo de su hijo(a)? Si No
 Si respondió **SI**, por favor explique. _____

NUTRICION

¿Existen preocupaciones sobre los hábitos de comer de su hijo(a), su nutrición general o crecimiento? Si No
Si respondió SI, por favor explique.

PREOCUPACIONES DE SALUD GENERAL

¿Existe algo sobre la salud de su hijo (aparato especial, alergias, otra información mental o física) que debería saber el equipo para mejor planificar y proveerle servicios a su hijo y a la familia?

Nombre del Niño:	Numero de ID:	Fecha de Junta del IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

PARTE I – INFORMACION SOBRE EL DESARROLLO DE MI HIJO(A)

Sección B – Niveles actuales de Desarrollo

Estado de la Evaluación:	<input type="checkbox"/> Ingreso	<input type="checkbox"/> Interino (Nacimiento a 3 años)	<input type="checkbox"/> Salida (Nacimiento a 3 años)
	<input type="checkbox"/> Interino (3 hasta edad para el Kinder)	<input type="checkbox"/> Salida (3 hasta edad para el Kinder)	

Niveles Actuales de Desarrollo

Área	Fecha de Evaluación (MM/DD/AA)	Nombre de Instrumento(s) de Evaluación	Edad Cronológica	Nivel de Edad/Rango de Edad	Descripción Cualitativa
Cognitivo (Jugar, pensar y explorar)					
Comunicación (Entender a otros y expresarse)					
Social o Emocional (Emociones, sentimientos e interactuar con otros)					
Adaptativo (Comer, beber, Usar el baño y hacer cosas por si mismo)					
Físico	Fine Motor (Usar las manos para jugar, comer u otra actividad)				
	Motricidad Gruesa (Mover el cuerpo para cambiar posición o lugar)				
	Oído	¿Pasó su hijo(a) el Examen de Oído Universal realizado a Recién Nacidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica ¿Ha visitado su hijo a un profesional de audiología para una evaluación completa del oído? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Existe alguna preocupación con la habilidad de su hijo(a) para oír? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Resultados de la Evaluación/Observación:			
	Visión	¿Se le ha examinado la vista a su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Hay preocupaciones sobre la visión de su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Resultados de la Evaluación/Observación:			

PARTE I – INFORMACION SOBRE EL DESARROLLO DE MI HIJO(A)
Sección C - Elegibilidad para Servicios de Intervención Temprana

Elegibilidad

*Su hijo(a) es elegible para recibir servicios de intervención temprana basándose en los resultados del proceso de evaluación.
 La elegibilidad está basada en LA categoría marcada abajo.*

POR LO MENOS EL 25% DE RETRASO EN EL DESARROLLO

Mi hijo(a) es elegible para servicios de intervención temprana porque tiene por lo menos 25% de retraso en una o más de las siguientes áreas de desarrollo. **Marque todas las que apliquen:**

- Cognitivo Comunicación Social o Emocional Adaptivo Físico: ___ Motor Fino ___ Motor Grueso

DESARROLLO O COMPORTAMIENTO ATÍPICO

Mi hijo(a) es elegible para servicios de intervención temprana porque está demostrando desarrollo o comportamiento atípico en una o más de las siguientes áreas de desarrollo, que lo más probable resulte en un subsecuente retraso. **Marque todas las que apliquen:**

- Cognitivo Comunicación Social o Emocional Adaptivo Físico: ___ Motor Fino ___ Motor Grueso

CONDICION FISICA O MENTAL DIAGNOSTICADA CON GRANDES PROBABILIDADES DE RETRASO DE DESARROLLO

Mi hijo(a) es elegible para servicios de intervención temprana porque ha sido diagnosticado con una condición física o mental que tiene grandes probabilidades de resultar en retraso de desarrollo. Esta lista no incluye todas. **Marque todas las que apliquen:**

- Desorden Cromosómico: ___ Síndrome de Down ___ Otro: _____
- Enfermedad Pulmonar Crónica (CLD)
- Infección Congénita Sintomática (ejemplo, VIH)
- Errores innatos del metabolismo relacionados con el SNC (ej. Enfermedad del jarabe de arce y galactosemia)
- Bebés que muestran efectos significantes de abuso de alcohol prenatal (ej. Síndrome Alcohólico Fetal)
- Bebés afectados por la exposición intrauterina a drogas que requiera tratamiento o que muestre evidencia de restricción de crecimiento intrauterino
- Hemorragia interventricular - Grados III o IV
- Envenenamiento por plomo, con un nivel de plomo de 20 ug/dL o mas
- Encefalopatía moderada o severa, resultado de agresiones al cerebro
- Desordenes Neurodegenerativos de la infancia y primera etapa de la niñez (ej. adrenoleucodistrofia, enfermedad de TaySachs)
- Leucomalacia Periventricular (PVL)
- Prematuro con un peso al nacer de menos de 1200 gramos (2 lbs. 10 oz.)
- Desorden de ataques de apoplejía donde los ataques sean frecuentes o difíciles de controlar o la condición subyacente es asociada con frecuente Impedimento cognitivo (ej. Espasmos infantiles)
- Impedimentos Sensoriales
 - Ceguera o impedimento visual
 - Sordera o no oye bien
- Malformaciones congénitas severas (ej. meningomyelocele e Hidrocefalia congénita)
- Necrotizing Enterocolitis Quirurgico (NEC)
- Otro: _____
- Otro: _____
- Otro: _____

PARTE I – INFORMACION SOBRE EL DESARROLLO DE MI HIJO(A)
Sección D - Virtudes y Necesidades

Destrezas y Necesidades

Descripción de las virtudes únicas y necesidades de su hijo(a) que proporcione valiosa información para la planificación de los servicios de intervención temprana que apoyarán el desarrollo de objetivos para su hijo(a) y la familia.

VIRTUDES DE MI HIJO(A)	NECESIDADES DE MI HIJO(A)
¿Qué cosas le gusta hacer a mi hijo(a)? ¿Qué cosas hace bien mi hijo(a)?	¿Qué cosas le cuesta mucho esfuerzo hacer a su hijo? ¿Qué cosas aun no sabe hacer mi hijo(a)?

PARTE II – INFORMACION SOBRE MI FAMILIA

Sección A – Preocupaciones, Prioridades y Recursos

Preocupaciones, Prioridades y Recursos

Para mejor apoyar a su hijo(a) y a la familia, es de mucha ayuda saber de cualquier asunto o preocupaciones que sean de importancia para la familia. Las preocupaciones, prioridades y recursos serán usados como base para desarrollar objetivos e identificación de estrategias y actividades para atender las necesidades de su hijo(a) y la familia. Usted puede compartir tanta información como desee.

PREOCUPACIONES DE MI FAMILIA	PRIORIDADES DE MI FAMILIA	RECURSOS DE MI FAMILIA
Preocupaciones que tengo sobre la salud y desarrollo de mi hijo(a). Información, recursos y apoyos que necesito o quisiera para mi hijo(a) y la familia.	Lo que espero y sueño para mi hijo(a). Las cosas más importantes para mi hijo(a) y/o la familia en estos momentos.	Recursos de apoyo que tiene mi hijo(a)/familia, incluyendo personas, actividades, programas/organizaciones.

- Esta información se obtuvo por medio de una evaluación dirigida por la familia usando lo siguiente. **Marque todos los que apliquen:**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Instrumento de entrevista familiar desarrollado localmente | <input type="checkbox"/> Cuestionario de Edades y Etapas (ASQ) |
| <input type="checkbox"/> Entrevista Basada en Rutinas (RBI) | <input type="checkbox"/> Otros Instrumentos/métodos: _____ |
- La familia rechazó la evaluación dirigida a la familia

PARTE II – INFORMACION SOBRE MI FAMILIA

Sección B – Entorno Natural

Rutinas En Entornos Naturales

Los servicios de intervención temprana son proporcionados en entornos naturales. Un entorno natural es un lugar donde su hijo(a) y la familia pasan tiempo, como el hogar, programa de cuidado infantil u otro lugar de la comunidad. Los entornos naturales son los lugares donde normalmente juega y aprende el niño. La información de abajo nos ayudará a determinar el entorno natural en el cual su hijo(a) y la familia recibirán los servicios de intervención temprana.

¿Dónde pasa tiempo su hijo(a) o la familia? Marque todos los que apliquen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hogar del niño | <input type="checkbox"/> Early Head Start/Head Start | <input type="checkbox"/> Centro de Apoyo Familiar |
| <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Biblioteca | <input type="checkbox"/> Lugar de empleo de uno de los padres |
| <input type="checkbox"/> Entorno religioso | <input type="checkbox"/> Casa de un pariente | <input type="checkbox"/> Refugio |
| <input type="checkbox"/> Guardería familiar | <input type="checkbox"/> Grupo de juegos para niños pequeños | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Centro Judy | |

¿Cuales son algunas de las actividades que les gusta hacer como familia?

¿Hay algo que le gustaría hacer como familia pero que no pueda en estos momentos?

¿Cuáles son las rutinas diarias de su hijo(a) y la familia? ¿Son algunas de estas rutinas desafiantes? ¿Hay otras rutinas que a su familia le gustaría establecer?

¿Cuáles son las barreras que le impiden a su hijo(a) y a la familia participar en sus rutinas diarias y actividades?

¿Cómo puede el programa apoyar a su familia en su deseo de mejorar o crear rutinas importantes?

Nombre del Niño:	Numero de ID:	Fecha de la Junta del IFSP:
------------------	---------------	-----------------------------

PARTE III –OBJETIVOS PARA MI HIJO(A)/FAMILIA RELACIONADOS CON SU DESARROLLO

OBJETIVOS DEL NIÑO Y LA FAMILIA

Basándose en la información de los niveles actuales de desarrollo de su hijo(a), reportes compartidos, virtudes y necesidades, preocupaciones, prioridades y recursos de la familia y las rutinas diarias, este plan hace un bosquejo de lo que queremos lograr y los pasos específicos necesarios. Por favor discuta los objetivos más importantes que tenga para su hijo(a) o la familia, incluyendo destrezas específicas y contexto. Por cada objetivo se llena por separado un formulario de "Objetivos del Niño y la Familia"

OBJETIVO	ESTRATEGIAS/ACTIVIDADES/ OPORTUNIDADES DE APRENDIZAJE	CRITERIOS QUE PUEDEN SER MEDIDOS
¿Que nos gustaría que pase?	¿Qué pasos se necesitan tomar para ayudar lograr el objetivo más importante?	¿Cómo sabremos cuando se logre el objetivo?

CRONOGRAMA

PARTICIPANTES - ¿Quiénes participarán?

Nombre:	Título:	Teléfono/E-mail:

REVISION DEL PROGRESO DEL OBJETIVO

Códigos de la Revisión: <i>Seleccione el código que mejor aplique.</i> 1- Competente - <i>Lo logramos!</i> 2- En proceso - <i>Estamos progresando.</i> 3- Necesita desarrollo - <i>Vamos a hacer ajustes.</i> 4- Ya no se necesita 5- Pospuesto	Código:	Fecha:	Iniciales:	Comentarios:

RESPUESTA DEL PROGRESO DEL OBJETIVO - (SE NECESITA SOLO PARA CODIGO 3 DE REVISION DE OBJETIVOS)

Códigos de la Revisión: <i>Seleccione el código que mejor aplique.</i> 1- Revisar objetivo 2- Modificar estrategias/actividades 3- Cambiar servicio 4- Otro: _____	Código:	Fecha:	Iniciales:	Comentarios:

PARTE IV – SERVICIOS DE INTERVENCION TEMPRANA DE MI HIJO(A)

Servicios de Intervención Temprana

Los servicios de intervención temprana aumentan el desarrollo de su hijo y la capacidad de su familia para satisfacer las necesidades de su hijo(a). Cada servicio de intervención temprana apoya a su hijo como individuo y a los objetivos de la familia. Se debe llenar por separado un formulario de "Servicios de Intervención Temprana" por cada servicio/apoyo/entorno.

TIPO DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO				ENTORNO
	Numero de Sesiones	Frecuencia	Intensidad	Método	
Por favor especifique:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semestralmente	<i>Numero de minutos por sesión:</i> <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Hogar (<i>Residencia principal de la familia del niño o personas que lo cuidan</i>) <input type="checkbox"/> Lugar de la Comunidad (<i>Por favor especifique:</i>) _____ _____ <input type="checkbox"/> Otro (<i>Por favor especifique:</i>) _____ _____ Justificación para otro Entorno: _____ _____
Tipo de servicio	Entorno en la Comunidad <i>(Donde típicamente se encuentran niños sin discapacidades)</i>			Otro Entorno <i>(No comunitario o en casa)</i>	
1. Audiología 2. Consejería/Entrenamiento Familiar 3. Salud 4. Medico (solo diagnostico y evaluación) 5. Cuidado 6. Nutrición 7. Terapia Ocupacional 8. Terapia Física	9. Sicológico 10. Desahogo familiar 11. Trabajo social 12. Instrucción Especial 13. Terapia de Habla/Lenguaje 14. Servicios de la vista 15. Otro	1. Centro de Cuidado Infantil (incluyendo guardería en una casa) 2. Programa de Preescolar 3. Jardín de Infancia Regular 4. Centro de Infancia Temprana 5. Early Head Start/Head Start 6. Centro Judy 7. Biblioteca	8. Supermercado 9. Parque/patio de juegos 10. Restaurante 11. Centro Comunitario/Recreación 12. Lugar de empleo de uno de los padres 13. Refugio 14. Otro	1. Centro de Intervención Temprana/Clase para niños con discapacidades 2. Lugar del Proveedor de Servicios (ej. Ambulatorio, Audiología) 3. Hospital (Internado) 4. Lugar residencial 5. Otro	

Responsabilidad Financiera: Marque una agencia responsable por el pago de los servicios. <input type="checkbox"/> Sistema Escolar Local <input type="checkbox"/> Departamento Local de Salud <input type="checkbox"/> Departamento Local de Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique): _____	Agencia Proveedora: Escriba el nombre de la agencia que provee el servicio. Use la designación de texto normal dentro de cada agencia. _____ _____
---	---

Fuente de Reembolso: Marque solo una fuente de reembolso cuando la agencia designada a ser responsable por las finanzas intente solicitar pago de otra fuente. <input type="checkbox"/> Asistencia Medica <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique): _____	Nombre del Proveedor/Numero de Teléfono: Escriba el nombre y teléfono del individuo que provea el servicio. _____ _____
--	--

Fecha Prevista para la Iniciación del Servicio: Escriba la fecha en la cual se espera que comience el servicio. _____ MM/DD/AA	Fecha Prevista para la Revisión del Servicio: Escriba la fecha en la cual se revisará el servicio. _____ MM/DD/AA
---	--

Duración Prevista: Escriba el periodo de tiempo en que se proveerá el servicio. _____ MM/DD/AA	Fecha que Finaliza el Servicio: Escriba la fecha en la cual termina el servicio. _____ MM/DD/AA
---	--

PARTE IV CONTINUADO – SERVICIOS DE INTERVENCION TEMPRANA DE MI HIJO(A)

Servicios de Intervención Temprana (continuación)

TECNOLOGÍA ASISTENCIAL

¿Necesita mi hijo(a) servicios de tecnología asistencial o aparatos para aumentar, mantener o mejorar sus capacidades funcionales? Si No

Tipos de Tecnología Asistencial. Marque **Todos** los que apliquen:ly:

- Actividades del Vivir Diario (ADL)
- Hardware Computarizado Adaptivo
- Software Computarizado Adaptivo
- Aparatos Auditivos
- Aparato Aumentativo y Alternativo de Comunicación (AAC)
- Unidades de Control Ambiental (ECUs)
- Aparatos de Movilidad
- Aparato de Juego, Recreación y Tiempo Libre
- Asiento y Posición
- Transportación /Aparatos de Seguridad
- Aparatos de Visión
- Otro _____

Proveedor

Nombre del Proveedor:

Teléfono: _____ E-mail: _____

TRANSPORTE

¿Incluye este plan el transporte necesario que le permita al niño y/o la familia recibir servicios de intervención temprana? Si No

Tipos of Transporte:

- De los Padres, con Reembolso
- Autobús escolar
- Taxi
- Transportación Publica, con reembolso
- Otro (Por favor especifique)_____

¿Se necesita algún equipo especial para transportar a mi hijo(a)? Si No
 Si dice **SI**, especifique el tipo de equipo: _____

Proveedor

Nombre del Proveedor:

Teléfono: _____ E-mail: _____

Nombre del Niño:	Numero de ID:	Fecha de la Junta del IFSP:
------------------	---------------	-----------------------------

PARTE V – ENLACES DE SERVICIOS

Enlaces de Servicios

Los enlaces de servicios son servicios comunitarios y apoyos diseñados para aumentar el desarrollo de su hijo(a) y la capacidad de la familia de satisfacer las necesidades de su hijo(a) y la familia. Se llena por separado un formulario de "Enlaces de Servicios" por cada miembro de la familia.

Los enlaces de servicios que se le prestarán al siguiente miembro de la familia. (Marque solo UNO de los siguientes.)

Niño elegible
 Hermano/a
 Familia
 Padre/Guardián
 Otro Pariente

ENLACES DE SERVICIOS QUE SE PROVEERÁN (Marque TODOS los que apliquen)

Cuidado Infantil/ Enriquecimiento <input type="checkbox"/> Cuidado para antes y después de la escuela <input type="checkbox"/> Campamentos, Diarios/ Residenciales <input type="checkbox"/> Early Head Start/ Head Start <input type="checkbox"/> Guardería Familiar <input type="checkbox"/> Centros de Cuidado Infantil para grupos <input type="checkbox"/> Guardería en la casa <input type="checkbox"/> Programa de Preescolar <input type="checkbox"/> Tutela <input type="checkbox"/> Otro _____	Ayuda de Ingresos <input type="checkbox"/> Ayuda Financiera de Emergencia <input type="checkbox"/> Consejería Financiera <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> PAsistencia Publica <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Otro _____ Consejería <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Genética <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Marital <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Otro _____	Medico/Salud <input type="checkbox"/> Evaluación <input type="checkbox"/> Servicios Dentales <input type="checkbox"/> Clínicas Diagnósticas Consulta <input type="checkbox"/> Equipo/Aparatos <input type="checkbox"/> Seguro de Salud <input type="checkbox"/> Asistencia a Domicilio <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Inmunizaciones <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental <input type="checkbox"/> Cuidado Prenatal <input type="checkbox"/> Recetas de medicinas <input type="checkbox"/> Asistencia médica primaria <input type="checkbox"/> Exploración <input type="checkbox"/> Tratamiento de Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Procedimiento Quirurgico <input type="checkbox"/> Programa para la Mujer, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Otro _____	Otro <input type="checkbox"/> Educación para Adultos <input type="checkbox"/> Centro de Recurso Local para Cuidado Infantil <input type="checkbox"/> Centro de Apoyo Familiar <input type="checkbox"/> Red de Apoyo Familiar, Local <input type="checkbox"/> Red de Apoyo Familiar, Estatal <input type="checkbox"/> Programa de Visita al Hogar. (Por favor especifique) _____ <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Centro Judy <input type="checkbox"/> Servicios Legales <input type="checkbox"/> Educación para Padres <input type="checkbox"/> Independencia de proyecto <input type="checkbox"/> Programa de Recreación <input type="checkbox"/> Grupo de Apoyo <input type="checkbox"/> Otro _____
---	---	--	--

PROVEEDORES DE ENLACES DE SERVICIOS

Nombre del Proveedor:	Nombre del Proveedor:
Teléfono/E-mail:	Teléfono/E-mail:
Nombre del Proveedor:	Nombre del Proveedor:
Teléfono/E-mail:	Teléfono/E-mail:

ESTRATEGIAS PARA AYUDAR ASEGURAR LOS ENLACES DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA

FUENTES DE PAGO (Marque todos los que apliquen.)	PERSONA(S) INVOLUCRADA PARA ASEGURAR LOS ENLACES DE SERVICIOS	
<input type="checkbox"/> Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) <input type="checkbox"/> Asistencia Medica <input type="checkbox"/> Sin cargos <input type="checkbox"/> Otro seguro de Salud <input type="checkbox"/> Padre: pago completo <input type="checkbox"/> Padre: Tarifa variada <input type="checkbox"/> Otro: _____	Nombre:	Nombre:
	Título:	Título:
	Teléfono:	Teléfono:
	E-mail	E-mail

Nombre del Niño:	Numero de ID:	Fecha de la Junta del IFSP:
------------------	---------------	-----------------------------

PARTE VI - AUTORIZACION(ES)

Autorización(es)

CONSENTIMIENTO DEL PADRE /GUARDIÁN /TUTOR

- Yo/Nosotros hemos tenido la oportunidad de participar en el desarrollo de este Plan Individualizado de Servicio Familiar (IFSP) y se nos ha avisado con tiempo razonable sobre la junta del IFSP.
- Yo/Nosotros hemos sido informados sobre mis/nuestros derechos parentales bajo este programa al recibir el manual de *Derechos de los Padres: Aviso de Salvaguardas de Procedimiento de Maryland* y un manual familiar sobre el sistema de intervención temprana de Maryland.
- Los servicios de intervención temprana serán proporcionados como se describe en el IFSP. Yo/Nosotros entendemos que el IFSP será revisado por lo menos cada seis (6) meses.
- Yo/Nosotros entendemos que mi/nuestro consentimiento es voluntario y que puede ser revocado en cualquier momento.
- Yo/Nosotros entendemos que los expedientes no serán entregados sin mi/nuestra autorización escrita y firmada según las provisiones de la Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA). Esta ley permite la entrega de expedientes de intervención temprana a las agencias que participen en el sistema de intervención temprana.
- Yo/Nosotros entendemos que la agencia pública presentará la información a través de una base datos a nivel estatal. Esta base de datos será usada por el Departamento de Educación del Estado de Maryland (MSDE) y otras agencias Estatales, como sea necesario, para permitir los fondos de los programas.
- Yo/Nosotros hemos sido informados de la(s) determinación(es) del equipo del IFSP en mi lengua materna u otro medio de comunicación.
- Este plan refleja los objetivos que son importantes para mi/nuestro hijo(a) y la familia.
- Yo/Nosotros entendemos el plan y los derechos parentales y damos permiso para implementar el IFSP.

Firma del Padre(s)/Guardián/Tutor

Fecha

ASISTENCIA MEDICA

- Yo/Nosotros elegimos aceptar la Administración de Casos de la Coordinación de Servicio para Niños con Discapacidades. Yo/Nosotros entendemos que el propósito de este servicio es ayudar a obtener acceso a los servicios médicos, sociales, educacionales y otros servicios necesarios. Yo/Nosotros entendemos que la continuación de este servicio depende en reunir los requisitos necesarios para ser elegible para la Coordinación de Servicios para Niños con Discapacidades, [COMAR 10.09.40].
- Yo/Nosotros entendemos que este servicio no restringe o de otra manera afecta la elegibilidad del participante para otros beneficios de Asistencia Medica. Yo/Nosotros entendemos que somos libres de elegir un encargado de caso/administrador de servicios para mi/nuestro hijo (a).
- Yo/Nosotros damos permiso a la agencia proveedora para que recupere los costos de Medicaid para la coordinación de servicio, así como los servicios relacionados a la salud que estén relacionados a la implementación de los objetivos de mi hijo(a). Yo/Nosotros entendemos que si no aceptamos que la agencia proveedora tenga acceso a los fondos de Asistencia Medica, no libera a la agencia publica de su responsabilidad de asegurar que se provean todos los servicios necesarios a mi hijo(a) sin ningún costo para la familia.

Escriba el Nombre del Niño

Numero de Asistencia Médica (MA)

Firma de Padre(s)/Guardián/Tutor

Fecha

Nombre del Niño:	Numero de ID:	Fecha de la Junta del IFSP:
------------------	---------------	-----------------------------

PARTE VII – INFORMACION DE LA TRANSICION DE MI HIJO(A)

Sección A – Transición a la Edad de tres Años

Transición a la Edad de 3 Años

FECHA DE LA JUNTA DE PLANIFICACION DE LA TRANSICION: _____

EXPLICACION POR LA DEMORA DE LA JUNTA	
<p>Si se hace la junta de Planificación de la Transición después de que el niño haya cumplido los 33 meses de edad, Marque abajo la respuesta que proporcione una explicación. <i>(Marque solo una)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Los intentos para contactar a la familia fueron fallidos.</p> <p><input type="checkbox"/> El niño fue referido a los 31.5 meses de edad o después.</p> <p><input type="checkbox"/> La familia pidió posponer o demorar la junta.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p>Si la Junta de Planificación de la Transición no se realizó en lo absoluto antes del tercer cumpleaños del niño, marque abajo la respuesta que provea la explicación. <i>(Marque solo una)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Los intentos para contactar a la familia fueron fallidos.</p> <p><input type="checkbox"/> El niño no fue referido hasta que tenía 34.5 meses de edad o después.</p> <p><input type="checkbox"/> La familia rechazó participar en la junta.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>

CONSIDERACION DE ELEGIBILIDAD PARA LA EDUCACION ESPECIAL PREESCOLAR Y SERVICIOS RELACIONADOS (PART B)	
<input type="checkbox"/> Los padres desean considerar la elegibilidad para Part B.	<input type="checkbox"/> Los padres NO desean considerar la elegibilidad para Part B

SERVICIOS COMUNITARIOS		
¿Se está refiriendo a la familia para servicios comunitarios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si dice SI, marque los servicios que apliquen		
<p>Desarrollo/Medico/Salud:</p> <p><input type="checkbox"/> Terapias de Desarrollo (otras además de Part C y Part B)</p> <p><input type="checkbox"/> Equipo/Aparatos</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia a Domicilio</p> <p><input type="checkbox"/> Inmunizaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado Primario de Salud</p> <p><input type="checkbox"/> Programa para la Mujer, Bebés y Niños (WIC)</p>	<p>Cuidado Infantil/Enriquecimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Campamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Guardería Familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Grupal</p> <p><input type="checkbox"/> Even Start</p> <p><input type="checkbox"/> Head Start</p> <p><input type="checkbox"/> Grupo de Juego</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Preescolar: <input type="checkbox"/> Publico <input type="checkbox"/> Privado</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Recreación</p> <p><input type="checkbox"/> Centro Judy</p> <p><input type="checkbox"/> Instrucción a Domicilio para Padres de Chicos en Preescolar (HIPPY)</p>	<p>Apoyo Familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Apoyo Familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Visita al Hogar (Por favor especifique) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Educación para Padres</p> <p><input type="checkbox"/> Grupo de Apoyo</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Otros Servicios Comunitarios: _____ _____ _____</p>

NOTAS DE LA JUNTA DE PLANIFICACION DE TRANSICION/FUTUROS PASOS		
Actividades	Cronograma	Persona(s) Responsable(s)

RESULTADOS DE LA JUNTA INICIAL DE DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD PARA EL IEP (PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE EDUCACION ESPECIAL)
<p>PERSONAL DE EDUCACION ESPECIAL: Complete esta sección y entréguela a Ingreso de Datos de Part C inmediatamente después de la junta de determinación de elegibilidad del IEP. <i>Marque la afirmación que indique los resultados de la junta inicial de determinación de elegibilidad.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Se determinó que el niño es ELEGIBLE para servicios continuos, por medio de un IFSP o educación especial preescolar y los servicios relacionados a través de un IEP.</p> <p><input type="checkbox"/> Se determinó que el niño NO ES ELEGIBLE para servicios continuos a través de un IFSP o educación especial preescolar y los servicios relacionados a través de un IEP.</p>

PARTE VII – INFORMACION DE LA TRANSICION DE MI HIJO(A)

Sección B – Transición Después de los Tres Años

Transición Después de los 3 Años

CONSIDERACION PARA EDUCACION ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS (PART B)

Antes de cumplir la Edad para el Kínder

- Los padres desean considerar la educación especial preescolar y los servicios relacionados por medio de un IEP.
- Los padres **no desean** considerar la educación especial preescolar y servicios relacionados por medio de un IEP.

Al Tener la Edad para el Kínder

- Los padres desean considerar la educación especial y servicios relacionados a través de un IEP.
- Los padres **no desean** considerar la educación especial y servicios relacionados a través de un IEP.

SERVICIOS COMUNITARIOS

¿Ha sido referida la familia para los servicios comunitarios? Si No **Si responde Si, marque los servicios que apliquen.**

<p>Desarrollo/Medico/Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Terapias de Desarrollo (otras además de Part C y Part B) <input type="checkbox"/> Equipo/Aparatos <input type="checkbox"/> Asistencia a Domicilio <input type="checkbox"/> Inmunizaciones <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental <input type="checkbox"/> Cuidado Primario de Salud <input type="checkbox"/> Programa para la Mujer, Bebés y Niños (WIC) 	<p>Cuidado Infantil/Enriquecimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Campamentos <input type="checkbox"/> Guardería Familiar <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Grupal <input type="checkbox"/> Even Start <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Grupo de Juego <input type="checkbox"/> Programa de Preescolar: <ul style="list-style-type: none"> ___ Publico ___ Privado <input type="checkbox"/> Programa de Recreación <input type="checkbox"/> Centro Judy <input type="checkbox"/> Instrucción a Domicilio para Padres de Chicos en Preescolar (HIPPPY) Educación 	<p>Apoyo Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Centro de Apoyo Familiar <input type="checkbox"/> Programa de Visita al Hogar (Por favor especifique) _____ <input type="checkbox"/> Educación para Padres <input type="checkbox"/> Grupo de Apoyo <input type="checkbox"/> Otro: _____ <p>Otros Servicios Comunitarios:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---	--

NOTAS DE LA JUNTA DE PLANIFICACION DE TRANSICION/FUTUROS PASOS

Actividades	Cronogramas	Persona(s) Responsable(s)

RESULTS OF IEP ELIGIBILITY DETERMINATION MEETING, IF APPLICABLE (TO BE COMPLETED BY SPECIAL EDUCATION STAFF)

PERSONAL DE EDUCACION ESPECIAL: Complete esta sección y entréguela a Ingreso de Datos de Part C **inmediatamente después** de la junta de determinación de elegibilidad del IEP. *Marque la afirmación que indique los resultados de la junta de determinación de elegibilidad del IEP.*

- Se determinó que el niño es **ELEGIBLE** para educación especial y servicios relacionados a través de un IEP.
- Se determinó que el niño **NO ES ELEGIBLE** para educación especial y los servicios relacionados a través de un IEP.

PARTE VIII – CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES (A la edad de Tres Años o Antes)

**Elección de los Padres: Consentimiento para la Continuación
o Petición para la Terminación de los Servicios del IFSP**

Las Familias Pueden Elegir

- Yo/Nosotros hemos recibido una copia de la Notificación Anual “*Guía de la Familia para los pasos a seguir cuando su Hijo(a) cumpla 3 años mientras recibe Intervención temprana – Las Familias pueden elegir.*”
- Yo/Nosotros hemos sido informados sobre las diferencias entre los servicios de intervención temprana que recibe a través de un Plan Individualizado de Servicio Familiar (IFSP) bajo el Acta de Educación de Individuos con Discapacidades (IDEA) y los servicios de educación especial preescolares proporcionados a través de un Plan Educativo Individualizado (IEP) bajo IDEA.
- Yo/Nosotros entendemos que mi/nuestro hijo(a) tiene un IFSP actual y que ha sido encontrado elegible para educación especial preescolar como un(a) niño(a) con discapacidades bajo IDEA.
- Yo/Nosotros hemos sido informados sobre mi/nuestro derecho de elegir entre la Opción del IFSP de continuar recibiendo los servicios de intervención temprana por medio de un IFSP o iniciar servicios de educación preescolar a través de un IEP.
- Yo/Nosotros entendemos que si Yo/Nosotros escogemos que mi/nuestro hijo(a) reciba servicios a través de un IEP y terminar los servicios del IFSP, mi/nuestro hijo(a) y la familia ya no serán elegible por medio de un IFSP.
- Yo/Nosotros entendemos que si Yo/Nosotros escogemos que mi/nuestro hijo(a) reciba servicios a través de un IFSP, en cualquier momento podemos terminar la participación en los servicios de intervención temprana a través de un IFSP y elegir iniciar los servicios de educación especial preescolar por medio de un IEP.
- Yo/Nosotros entendemos que la agencia principal local está obligada a continuar proporcionando los servicios de IFSP bajo la Opción de Extensión del IFSP hasta la fecha en la cual se inicie un IEP. Sin embargo, si Yo/Nosotros elegimos la Opción del IEP pero rechazamos dar consentimiento para educación especial y los servicios relacionados que se ofrecen en el IEP y que han sido desarrollados por el equipo del IEP, Yo/Nosotros entendemos que serán terminados los servicios del IFSP.
- Yo/Nosotros entendemos que mi/nuestro consentimiento para la continuación de los servicios del IFSP es voluntario y que puede ser revocado en cualquier momento.

ELECCION DE LA FAMILIA

Marque UN cuadro.

- Yo/Nosotros damos consentimiento para la **continuación** de los servicios de intervención temprana para mi/nuestro(a) hijo(a) y la familia a través de un IFSP después que mi/nuestro(a) hijo(a) cumpla los tres años de edad.
- Yo/Nosotros solicitamos la **terminación** de los servicios de intervención temprana para mi/nuestro(a) hijo(a) a través de un IFSP a la edad de 3 años.

Firma de Padre(s)/Guardián/Tutor

Fecha

Coordinador de Servicio

Fecha

Otro Participante

Agencia/Título

Fecha

Otro Participante

Agencia/Título

Fecha

**Plan Individualizado de Servicio Familiar (IFSP)
FORMA DE AÑADIR/CAMBIAR**

Revisión del IFSP	
CAMBIOS A LA INFORMACION DEL NIÑO Y LA FAMILIA	REVISION DEL IFSP
<p><i>(Los cambios a la información demográfica NO requiere la firma de los padres.)</i></p> <p>Información del Niño:</p> <p>Nombre del Niño _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Asistencia Médica #: _____</p> <hr/> <p>Información de la Familia</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>E-mail: _____</p> <p>Relación con el niño: _____</p> <hr/> <p>Sinformación del Coordinador de Servicio:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Agencia: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>E-mail: _____</p>	<p>Tipo de Revisión: Seleccione uno.</p> <p>Fecha de la Junta: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seis meses</p> <p><input type="checkbox"/> Anual</p> <p><input type="checkbox"/> A petición del Proveedor</p> <p><input type="checkbox"/> A petición de los Padres</p> <p><input type="checkbox"/> A petición de los Padres/Proveedor</p> <hr/> <p>Estado de la Revisión: Seleccione uno.</p> <p><input type="checkbox"/> Continuar el IFSP</p> <p><input type="checkbox"/> Modificar el IFSP</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Anadir servicio</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Modificar Servicio</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Terminación de Servicio</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Añadir/Modificar Objetivos</p> <p><input type="checkbox"/> Terminar el IFSP <i>(Si selecciona este, complete la sección de abajo de la "Razón por el Estado Inactivo")</i></p> <hr/> <p>Razones por el Estado Inactivo: Seleccione uno.</p> <p>Inactive Date: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Los intentos de contacto fueron fallidos <i>(Nacimiento hasta la edad del Kinder)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Terminación del IFSP antes de cumplir los 3 años de edad <i>(Nacimiento hasta 3 años)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Fallecido <i>(Nacimiento hasta la edad del kínder)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Determinado no elegible <i>(Nota: Este niño nunca fue elegible.) (Nacimiento hasta 3 años)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Moved out of state <i>(Birth to Kindergarten Age)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Se mudó a otra jurisdicción <i>(Nacimiento a la edad del kínder)</i> Nombre de la Jurisdicción: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Retirado por los padres <i>(Nacimiento a la edad del kínder)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Transición a los 3 años <i>(No continua con el IFSP) (Nacimiento a los 3 años)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Terminación del IFSP antes de alcanzar la edad del kínder <i>(3 años de edad hasta la edad del kínder)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Transición después de los 3 años de edad <i>(3 Años de edad hasta la edad del kínder)</i></p>

Yo/Nosotros hemos recibido aviso razonable de la revisión del IFSP. Yo/Nosotros hemos tenido la oportunidad de participar en la revisión de este IFSP. Yo/Nosotros hemos sido informados de mis/nuestros derechos, por medio del manual *Derechos de los Padres: Aviso de las Salvaguardas de Procedimiento de Maryland*, y damos permiso para que el programa de intervención temprana implemente cualquier revisión al IFSP basándose en esta revisión.

Firma de Padre(s)/Guardián/Tutor _____
Fecha

Scoordinador de Servicio _____
Fecha

Otro Participante _____
Agencia/Titulo _____
Fecha

Otro Participante _____
Agencia/Titulo _____
Fecha